



CEVOQ

Centre d'excellence sur
le vieillissement de Québec

SOINS FORMATION RECHERCHE PROMOTION-PRÉVENTION

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec 



MISSION RECHERCHE

Trajectoire de soins pharmaceutiques : un remède efficace ?

Dre Michèle Morin

Interniste gériatre, CISSS Chaudière-Appalaches

Professeure agrégée de clinique, Faculté de médecine, ULaval

Chercheure collaboratrice ... un ti-peu partout !!!!

Jeudi 23 mars 2022



MISSION RECHERCHE

Ode à nos collègues pharmacien/nes !!!

Dre Michèle Morin

Interniste gériatre, CISSS Chaudière-Appalaches

Professeure agrégée de clinique, Faculté de médecine, ULaval

Chercheure collaboratrice ... un ti-peu partout !!!!

Jeudi 23 mars 2022

Divulgation des conflits d'intérêt

- Aucun conflit d'intérêt...



... et aucun intérêt pour les conflits !!!

- Petit biais personnel...



... et syndrome de l'imposteur !!!!

- Remerciements



Objectifs de l'activité : mailler !!!

BCM / POR
Agrément
CH et ailleurs

AAPA et
iatrogénie
médicamenteuse

Continuum
de prévention
des chutes

Plan
Alzheimer 3

SADi / SADI /
SIAD

OPUS-AP /
PEPS

Mise en contexte (nécessaire ?!)

- 17 septembre = ?
 - Journée mondiale de la sécurité des patients (OMS)
 - Thème 2022 = ?
 - La sécurité de la médication
 - Préoccupation particulièrement sensible ?
 - Transitions de soins

« *La médication sans les méfaits !* »



Mise en contexte (nécessaire ?!)

- 17 septembre = ?
 - Journée mondiale de la sécurité des patients (OMS)
 - Thème 2022 = ?
 - La sécurité de la médication
 - Préoccupation particulièrement sensible ?
 - Transitions de soins

Pensez à toutes
vos AH-223 !!!



[2022 \(who.int\)](https://www.who.int)

Mise en contexte (nécessaire ?!)

- Cible OMS = réduire les événements

Moins de réadmissions
« toute cause » /
30 jours post congé

Moins d'hospitalisation
reliées aux médicaments
(suivis de diverses durées)

- C

Épargne \$\$!
(même si...)

Réduction
de la mortalité

pharmaciens, a des temps pres... é des
congé CH



Mise en contexte (nécessaire ?!)

- Des experts le disent :
 - Ex.: Jerry H. Gurwitz, JAMA Intern Med, 2021:
« *Clinical pharmacist-directed transitional care interventions are widely considered among **the most promising approaches** for improving medication safety following hospital discharge.* »





Mise en contexte (nécessaire ?!)


- Deux principaux modèles, dans les méta-analyses : interventions débutées durant l'hospitalisation par le pharmacien hospitalier et poursuivies au congé par :
 - Le pharmacien hospitalier...
 - Les cliniciens de 1^{ère} ligne (md de famille et pharmacien communautaire)... avec +/- info...

Mise en contexte (nécessaire ?!)

- Deux principaux modèles de services de méta-analyses et de synthèse de la littérature durant l'histoire de la médecine basée sur les preuves (MBP) dans les hôpitaux universitaires (HCU) et les centres de recherche en santé (CRS) :
 - Le modèle de pharmacien (pharmacien clinique et pharmaco-économiste) ... avec +/- info...

Au Québec, deux opportunités :

1. Ajout de pharmaciens en GMF
2. Lois 31 et 41...





Financement

- Programme ciblé d'octroi de subventions du MSSS en partenariat avec l'Unité de soutien Système de santé apprenant (SSA) Québec et le **FRQS** :
La recherche axée sur le patient en appui aux transformations cliniques et organisationnelles en soins et services de proximité intégrés
- MEDTEQ+ / Fonds de soutien à l'innovation en santé et en services sociaux (**FSISSS**)



But du projet – phase 1

- Évaluer la mise en place d'une trajectoire de soins pharmaceutiques entre les centres hospitaliers, les GMF, les pharmacies communautaires chez les personnes âgées à risque de problèmes médicamenteux

Trajectoire « éprouvée » – phase 1

- Identification de personnes âgées à risque de problèmes médicamenteux lors d'une hospitalisation
- Obtention du consentement
- Élaboration du plan de soins pharmaceutiques par le pharmacien hospitalier en collaboration avec le médecin traitant à l'hôpital



Trajectoire « éprouvée » – phase 1

- Au congé de l'usager, plan de soins transféré au médecin de famille, au pharmacien du GMF, au pharmacien communautaire pour un suivi de 6 mois post-congé



- Réévaluation par le pharmacien hospitalier si réadmission avec échange d'informations avec tous les acteurs



Population étudiée – phase 1

- Usagers ≥ 65 ans, vivant en communauté
- Hospitalisation dans l'une des 4 régions participantes
 - Magog, Cowansville, St-Hyacinthe, Sherbrooke
- Suivi dans un GMF et une pharmacie communautaire participants
- ≥ 1 des critères d'inclusion :



Critères d'inclusion – phase 1

- Prise de ≥ 15 médicaments différents durant séjour
- Prise de ≥ 10 médicaments, dont l'un à index thérapeutique étroit (ex.: warfarine, digoxine) ou fréquemment impliqué dans des hospitalisations
- Prise de ≥ 4 médicaments avec activité anticholinergique ou effets sur SNC
- Prise d'au moins un médicament potentiellement inapproprié, selon liste pré-établie (ex.: mépéridine, BZD à longue action, hypnotiques en Z, etc.)



Critères d'inclusion – phase 1

- Hospitalisation index due à un problème pharmacothérapeutique (indication, efficacité, innocuité, adhésion), tel que déterminé par le pharmacien hospitalier
- ≥ 2 visites à l'urgence / 3 derniers mois ou ≥ 1 hospitalisation / 12 derniers mois pour maladie chronique « non » contrôlée
- Nouveau diagnostic de : SCA, FA, insuffisance \heartsuit , MPOC, diabète + initiation d'une nouvelle médication associée
- Chute ET ≥ 4 hypotenseurs ou ≥ 3 médicaments avec activité anticholinergique ou effets SNC



Critères d'exclusion – phase 1

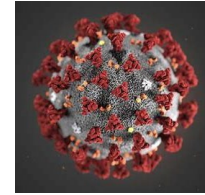
- **TNC majeurs** (enjeu consentement et suivi, surtout en RPA...)
- Soins palliatifs et de fin de vie
- Pas de retour en communauté au congé de l'hôpital (ex.: admission en CHSLD, transfert en URFI / UTRF, etc.)



Préalables à l'intervention – phase 1

- « Consentement » (professionnels participants eux-mêmes « objets de recherche » !)
- Formation interdisciplinaire des principaux acteurs impliqués :
 - Notions générales de pharmacothérapie gériatrique (Mme Louise Mallet)
 - Communication et collaboration interprofessionnelle

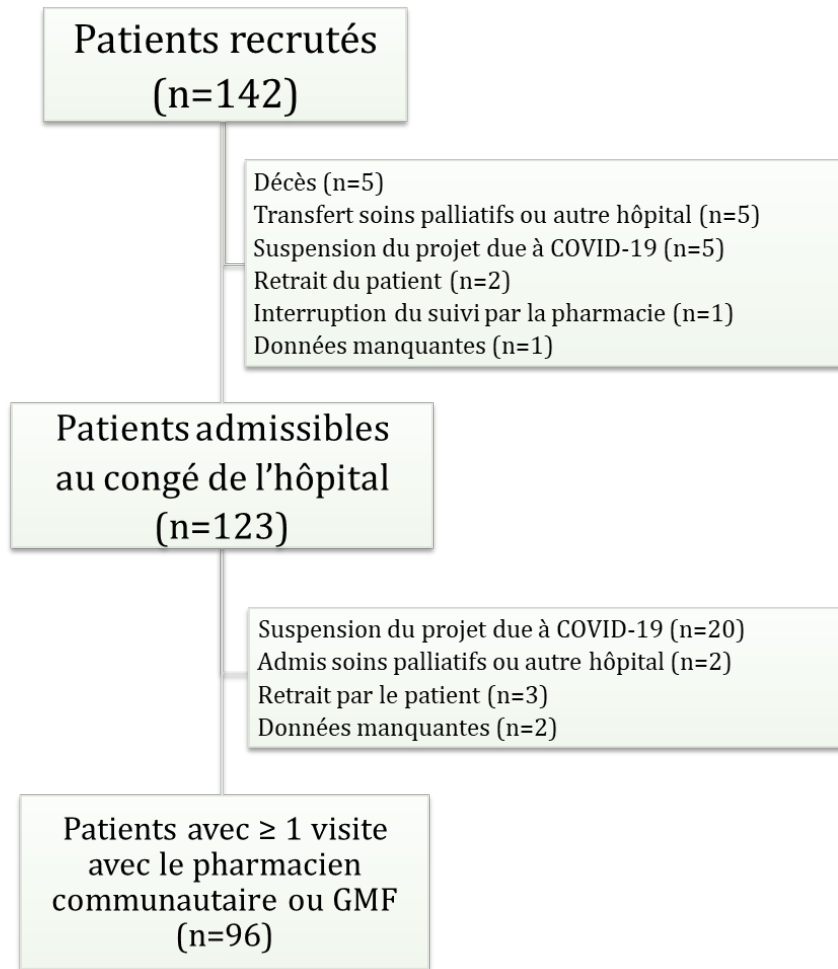
Recrutement – phase 1



- Septembre 2019 – mars 2020...
- Recrutement de 142 usagers (59% de l'effectif ciblé)
- Établissements participants :
 - Hôpitaux : 3
 - GMF : 8, dont 3 GMF-U
 - Pharmacies communautaires : 25



Recrutement - phase 1






Résultats – phase 1

Caractéristiques des patients admissibles au congé de l'hôpital (n=123)

	n (%)
Âge, moyenne (ÉT)	78,5 (8,1)
65–74 ans	44 (35,8)
75–84 ans	50 (40,7)
≥ 85 ans	29 (23,6)
Sexe, femme	78 (63,4)



Résultats – phase 1

Caractéristiques des patients admissibles au congé de l'hôpital (n=123)

	n (%)
Critères d'inclusion (> 1 possible)	
≥ 15 médicaments	74 (60,2)
≥ 10 médicaments ET ≥ 1 médicament à haut-risque	90 (73,2)
≥ 4 médicaments AC-SNC	12 (9,8)
≥ 1 médicament potentiellement inapproprié sélectionné	20 (16,3)
Hospitalisation en raison d'un problème pharmacothérapeutique	14 (11,4)
≥ 2 visites UR (derniers 3 mois) OU ≥ 1 hospitalisations (derniers 12 mois)	55 (44,7)
Nouveau Dx parmi sélection ET nouveau médicament pour ce diagnostic	21 (17,1)
Chute OU syndrome post-chute ET (4 anti-hypertenseur OU 3 AC-SNC)	7 (5,7)



Résultats – phase 1

- Interventions des pharmaciens hospitaliers (n=123 patients)
 - Moyenne de 165 minutes par usager (incluant procédures de l'étude)
 - Documentation de ≥ 1 cible thérapeutique pour 80% des usagers



Résultats

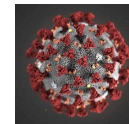
Interventions des pharmaciens GMF (n=52 patients)

	1 ^{ière} consultation (n = 52*)
Consultations avec le patient/aidant	n = 23
Durée, médiane (EI) minutes	15 (15-65)
Type de consultation, n (%)	
Téléphone	7 (30,4)
GMF	15 (65,2)
Domicile	1 (4,3)
Consultation avec, n (%)	
Patient	20 (87,0)
Proche aidant	1 (4,3)
Patient et proche aidant	2 (8,7)
Consultations sans le patient/aidant	n = 28
Durée, médiane (EI) minutes	35 (20-65)

Résultats

Interventions des pharmaciens GMF (n=52 patients)

	1 ^{ère} consultation (n = 52*)	Consultations subséquentes (n = 80)
Consultations avec le patient/aidant	n = 23	n = 51
Durée, médiane (EI) minutes	15 (15-65)	30 (20-42)
Type de consultation, n (%)		
Téléphone	7 (30,4)	38 (74,5)
GMF	15 (65,2)	9 (17,6)
Domicile	1 (4,3)	3 (5,9)
Consultation avec, n (%)		
Patient	20 (87,0)	27 (52,9)
Proche aidant	1 (4,3)	16 (31,4)
Patient et proche aidant	2 (8,7)	8 (15,7)
Consultations sans le patient/aidant	n = 28	n = 28
Durée, médiane (EI) minutes	35 (20-65)	15 (5-25)



Résultats

Interventions des pharmaciens GMF (n=52 patients)

Consultation avec, n (%)	1 ^{ière} consultation (n = 52)	Consultations subséquentes (n = 80)
Médecin	19 (36,5)	17 (21,3)
Infirmière	13 (25,0)	11 (13,8)
Pharmacien communautaire	12 (23,1)	18 (22,5)
Pharmacien hospitalier	9 (17,3)	4 (5,0)
Autres professionnels* (nutritionniste, inhalothérapeute, intervenants du SAD)	7 (13,5)	12 (15,0)

« Réflexe » CIP
Richesse CIP



Résultats

Interventions des pharmaciens communautaires (n=82 patients)

1^{ère} consultation
(n = 82*)

Durée, médiane (EI) minutes	50 (30-70)
Type de consultation, n (%)	
Téléphone	62 (75,6)
GMF	9 (11,0)
Domicile	11 (13,4)
Consultation avec, n (%)	
Patient	61 (74,4)
Proche aidant	10 (12,2)
Patient et proche aidant	11 (13,4)



Résultats

Interventions des pharmaciens communautaires (n=82 patients)

	1 ^{ière} consultation (n = 82*)	Consultations subséquentes (n = 144)
Durée, médiane (EI) minutes	50 (30-70)	25 (15-35)
Type de consultation, n (%)		
Téléphone	62 (75,6)	111 (77,1)
GMF	9 (11,0)	29 (20,1)
Domicile	11 (13,4)	4 (2,8)
Consultation avec, n (%)		
Patient	61 (74,4)	98 (68,1)
Proche aidant	10 (12,2)	26 (18,1)
Patient et proche aidant	11 (13,4)	20 (13,9)

Résultats

Changements médicamenteux faits :

	Tous n=1067	Hôpital n=726	GMF n=118	Phm comm n=223
	n (%)			
Actions	n=1062	n=725	n=118	n=219
Initiation	445 (41,9)	337 (46,4)	38 (32,2)	70 (32,0)
Cessation	226 (21,3)	143 (19,7)	35 (29,7)	48 (21,9)
Augmentation doses	147 (13,8)	86 (11,9)	20 (17,0)	41 (18,7)
Diminution doses	93 (8,8)	56 (7,7)	11 (9,3)	26 (11,9)
Ré-évaluation	90 (8,5)	64 (8,8)	5 (4,2)	21 (9,6)
Sevrage	36 (3,4)	24 (3,3)	6 (5,0)	6 (2,7)
Monitoring	25 (2,4)	15 (2,1)	3 (2,5)	7 (3,2)
Manquante	5 (0,5)	1 (0,1)	0	4 (1,8)



Résultats

Changements médicamenteux faits :

	Tous n=1067	Hôpital n=726	GMF n=118	Phm comm n=223
	n (%)			
Raisons de modifications	n=1043	n=725	n=117	n=201
Indication	506 (48,5)	352 (48,6)	61 (52,1)	93 (46,3)
Innocuité	276 (26,5)	189 (26,1)	26 (22,2)	61 (30,4)
Efficacité	145 (13,9)	94 (13,0)	22 (18,8)	29 (14,4)
Adhésion	62 (5,2)	39 (5,4)	7 (6,0)	8 (4,0)
Autre	54 (5,9)	51 (7,0)	1 (0,9)	10 (5,0)
Manquante	24 (2,3)	1 (0,1)	1 (0,9)	22 (10,9)

Résultats

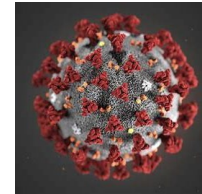
Médicaments modifiés :

Classes de médicaments	Tous	Hôpital	GMF	Pharmacie
	n=1067	n=726	n=118	comm. n=223
	n (%)			
56:28.36 Proton-pump inhibitors	60 (5,6)	37 (5,1)	6 (5,1)	17 (7,6)
68:04.00 Adrenals	56 (5,3)	41 (5,7)	7 (5,9)	8 (3,6)
40:28.08 Loop diuretics	53 (5,0)	34 (4,7)	3 (2,5)	16 (7,2)
56:12.00 Cathartics and laxatives	45 (4,2)	35 (4,8)	2 (1,7)	8 (3,4)
12:12.08,12 Beta 2-adrenergic agonists	38 (3,6)	31 (4,3)	2 (1,7)	5 (2,2)
28:08.92 Misc, analgesics and antipyretics	35 (3,3)	28 (3,9)	2 (1,7)	5 (2,2)
24:06.08 HMG-CoA reductase inhibitors	34 (3,2)	26 (3,6)	2 (1,7)	6 (2,7)
24:32.04 ACE inhibitors	31 (2,9)	22 (3,0)	4 (3,4)	5 (2,2)
28:12.08/28:24,08 Benzodiazepines	28 (2,6)	14 (1,9)	6 (5,1)	8 (3,6)
24:24.00 Beta-adrenergic blocking agents	28 (2,6)	20 (2,8)	1 (0,9)	7 (3,1)

Résultats – phase 1

- Utilisation des services ?
 - Visites à l'urgence ($\leq 7j$ / $> 7j$)
 - Hospitalisations ($\leq 7j$ / $> 7j$)

- Entrevues 5 usagers :
 - Satisfaits, « rassurés »





Résultats – phase 1

- Questionnaire en ligne, 70 pharmaciens (hosp., GMF, comm.) ayant consenti
- Taux de participation : 50%
 - Pharmaciens hospitaliers : n= 8
 - Pharmaciens GMF : n= 6
 - Pharmaciens communautaires : n=21
- 26 / 35 répondants : ≥ 1 usager de l'étude

Résultats

Information de pharmacien communautaire à celui hôpital pendant hospitalisation

[Likert : Jamais = 1; Presque jamais = 2; Rarement = 3; Une fois sur deux = 4; Souvent = 5; Presque toujours = 6; Toujours = 7].

	Soins usuels n=26	Durant l'étude n=26	p-value
	n (%)		
Liste des Rx du patient			
1 to 3	4 (15.4)	3 (11.5)	
4	2 (7.7)	0	<0.01
5 to 7	20 (76.9)	23 (88.5)	
Horaire administration Rx			
1 to 3	17 (65.4)	11 (42.3)	
4	2 (7.7)	3 (11.5)	<0.01
5 to 7	7 (26.9)	12 (46.2)	
Changements récents de Rx			
1 to 3	10 (38.5)	6 (23.1)	
4	1 (3.8)	2 (7.7)	<0.01
5 to 7	15 (57.7)	18 (69.2)	

Résultats

Information de pharmacien communautaire à celui hôpital pendant hospitalisation

[Likert : Jamais = 1; Presque jamais = 2; Rarement = 3; Une fois sur deux = 4; Souvent = 5; Presque toujours = 6; Toujours = 7].

	Soins usuels n=26	Durant l'étude n=26	p-value
	n (%)		
Adhésion aux Rx			
1 à 3	11 (42.3)	9 (34.6)	
4	2 (7.7)	1 (3.8)	<0.01
5 à 7	13 (50.0)	16 (61.5)	
Allergies et intolérances			
1 to 3	10 (38.5)	8 (30.8)	
4	1 (3.8)	1 (3.8)	0.06
5 to 7	15 (57.7)	17 (65.4)	
Soutien administration Rx (pilulier)			
1 to 3	8 (30.8)	7 (26.9)	
4	2 (7.7)	0	0.09
5 to 7	16 (61.5)	19 (73.1)	

Résultats

Information de pharmacien **hospitalier** à celui en communauté au congé de l'hôpital

[Likert : , très insatisfaisant = 1
à très satisfaisant = 7].

Soins usuels

n=18

Durant l'étude

n=18

p-value

BCM... n (%)

Raisons d'hospitalisation

1 to 3

10 (55.6)

0

4

5 (27.8)

0

<0.01

5 to 7

3 (16.7)

18 (100.0)

Réception du sommaire d'hospitalisation

1 to 3

10 (55.6)

0

4

4 (22.2)

0

<0.01

5 to 7

4 (22.2)

18 (100.0)

Liste complète de Rx sur la prescription de départ

1 to 3

1 (5.6)

1 (5.6)

4

4 (22.2)

0

<0.01

5 to 7

13 (72.2)

17 (94.4)

Résultats

Information de pharmacien **hospitalier** à celui en communauté au congé de l'hôpital

[Likert : , très insatisfaisant = 1
à très satisfaisant = 7].

Soins usuels

n=18

Durant l'étude

n=18

p-value

n (%)

Assez infos pour évaluer pharmacoTx

1 to 3

10 (55.6)

2 (11.1)

4

7 (38.9)

0

<0.01

5 to 7

1 (5.6)

16 (88.9)

Indications des Rx

1 to 3

13 (72.2)

1 (5.6)

4

2 (11.1)

0

<0.01

5 to 7

3 (16.7)

17 (94.4)

Raisons Δ Tx durant l'hospit.

1 to 3

16 (88.9)

1 (5.6)

4

1 (5.6)

2 (11.1)

<0.01

5 to 7

1 (5.6)

15 (83.3)

Résultats

Information de pharmacien **hospitalier** à celui en communauté au congé de l'hôpital

[Likert : , très insatisfaisant = 1
à très satisfaisant = 7].

Soins usuels

n=18

Durant l'étude

n=18

p-value

n (%)

Infos nécessaires pour bons conseils

1 to 3

8 (44.4)

1 (5.6)

4

4 (22.2)

0

<0.01

5 to 7

6 (33.3)

17 (94.4)

Sentiment faire partie équipe de soins

1 to 3

7 (38.9)

0

4

6 (33.3)

2 (11.1)

<0.01

5 to 7

5 (27.8)

16 (88.9)

Aisance à communiquer avec le prescripteur pour faire des recommandations

1 to 3

5 (27.8)

1 (5.6)

4

3 (16.7)

2 (11.1)

<0.01

5 to 7

10 (55.6)

15 (83.3)



Discussion – phase 1

- Mettre en place une trajectoire de soins dans trois régions du Québec avec organisation de soins différente (hôpital universitaire vs régional, GMF vs GMF-U) = **POSSIBLE !!!**
- Recrutement de 142 patients (59% de l'objectif) en 6 mois ($\approx 1/j$)
- Un des milieux a même choisi de poursuivre l'activité à la fin de l'étude !



Discussion - Forces

- Étude réalisée dans contexte réel de soins
- Enthousiasme des acteurs
- Transfert d'informations bidirectionnel
- 2^{ème} étude évaluant l'implication du pharmacien GMF en transition de soins
- 1^{ère} étude documentant les communications entre les pharmaciens des 3 milieux (hosp. GMF, comm.) dans les transitions de soins

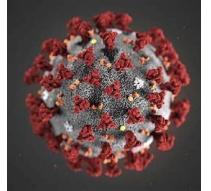


Discussion - Limites

- Suspension de l'étude en raison de la pandémie de COVID-19 (certaines mesures impossibles...)
- **Utilisation systèmes différents pour échange information (Omnimed, Myle, REDCap)**
- Recrutement variable des pharmaciens communautaires (47% à 100%) selon les régions → biais ?
- **Exclusion usagers avec TNCM et pas de SAD...**

Discussion – Défis identifiés

- Difficulté actuelle d'intégrer l'intervention aux soins usuels à l'égard du temps (?) et des ressources
- Difficulté d'accès à certains patients pour les suivis...





Discussion

- D'autres constats / préoccupations émergent :
- Partage des rôles et responsabilités entre pharmacien GMF et pharmacien communautaire...
- Besoin d'un outil fiable et sécuritaire pour échanger l'information (FAX...)
- Économie de temps si certains gabarits étaient disponibles...



Poursuite du projet – Phase 2

- Coconstruits avec des cliniciens et chercheurs du CISSS Chaudière-Appalaches
- Sensiblement même devis, mais dans environnement organisationnel différent :
 - Un seul CH (HDM) pour un grand territoire
 - Un GMF éclaté
 - Les mêmes mds / pharm partout !

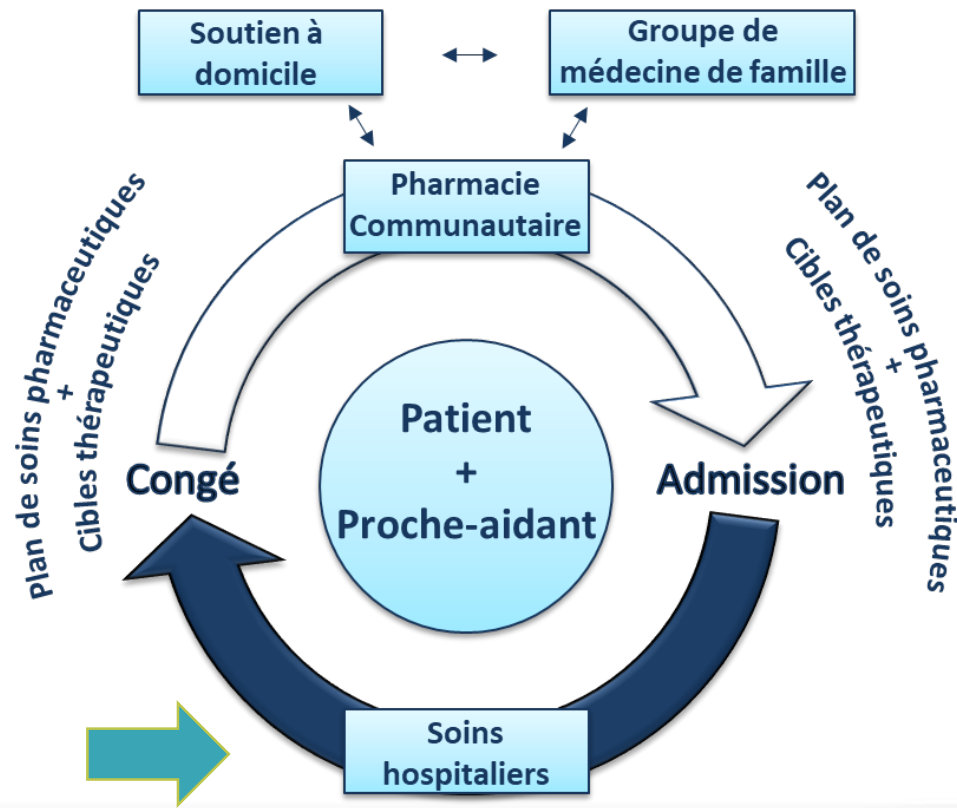


Poursuite du projet – Phase 2

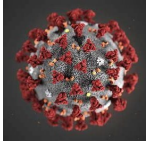
- Adaptation de la trajectoire de soins pharmaceutiques aux besoins spécifiques des aînés vivant avec un **TNCM** (lien Plan Alzheimer), aptes à consentir (enjeu CER...)
- Collaboration de l'équipe du **SAD**
- Ajout d'un **outil informatique** pouvant optimiser les échanges entre les acteurs

<https://www.braver.net/fr/>

Modèle de transitions de soins



Évolution du projet – Phase 2

- Plusieurs pharmacies communautaires volontaires
- Plusieurs reports « forcés » du T_0 ... 
- Journée formation interdisciplinaire (16/09/22)
- Mais...
 - CH en travaux de réfection majeure...
 - Impossibilité de recruter professionnel de recherche pour soutenir le recrutement et enjeu RH (n = 100...)



Notre prétention demeure (mailler) !

BCM / POR
Agrément
CH et ailleurs

AAPA et
iatrogénie
médicamenteuse

Continuum de
prévention
des chutes

Plan
Alzheimer 3

SADi / SADI /
SIAD

OPUS-AP /
PEPS



**Merci pour votre attention
Place aux échanges !!!**

benoit.cossette@usherbrooke.ca

trajectoire-soins-pharma@usherbrooke.ca

michele.morin@fmed.ulaval.ca